

Multidimensionele familietherapie in West-Europa voor jongeren met cannabisproblemen

Evaluatie van een Europees project

Henk Rigter*

Dit artikel gaat over een behandelprogramma voor adolescenten die verslavingsgedrag vertonen en vaak ook ander probleemgedrag: multidimensionele familietherapie (MDFT). Het is inmiddels effectief bevonden in Europees onderzoek. In enkele jaren tijd zijn al veel Europese teams van therapeuten getraind in het toepassen van MDFT. De implementatie van MDFT verloopt voorspoedig, maar er waren ook heel wat obstakels, die ik hier kort beschrijf. Voor innovatie van behandelpraktijken is onderzoek nodig, maar meer nog een systematische implementatieaanpak, liefst internationaal georiënteerd.

Inleiding

Dit artikel heeft betrekking op de verworvenheden van een samenwerkingsverband tussen vijf West-Europese landen dat al meer dan tien jaren duurt. Het betreft vooral implementatie: de kunst van het vernieuwen van een behandelpraktijk, in dit geval voor adolescenten met cannabisproblemen. Ook is het een persoonlijke geschiedschrijving, een verslag van veertien jaar werk.

Rond de eeuwwisseling had Nederland last van buitenlandse overheden die het Nederlandse cannabisbeleid kritiseerden als pervers en toegeeflijk. In de wandelgangen van de Europese Unie constateerde Els Borst-Eilers, onze minister van volksgezondheid, en haar collega's uit vier landen dat veel van de onderlinge kritiek berustte op onwetendheid over cannabis. Zij besloten tot het opzetten van een gezamenlijk cannabisonderzoeksprogramma om de leemten in kennis te vullen. Ik mocht dat project leiden.

* Dr. H. Rigter is psycholoog en directeur van de Stichting Jeugdinterventies (tot 1 oktober 2013). E-mail: rigter.h@kpnmail.nl.

In 2000 werd een stuurgroep ingesteld met vertegenwoordigers van de (federale) ministeries van volksgezondheid van België, Duitsland, Nederland en Zwitserland en van de Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT), een dienst rechtstreeks onder de president van Frankrijk voor beleid inzake drugs, alcohol en tabak. De eerste voorzitter was Bob Keizer (VWS, Nederland), met daarna opvolgers uit Frankrijk en Zwitserland. De stuurgroep bleef in functie tot 2010. Zij vroeg deskundigen uit Australië, Europa en de Verenigde Staten de grootste lacunes in kennis over cannabis te beschrijven en die te bespreken op een conferentie in Brussel in 2002 (Spruit, 2002). De stuurgroep koos in 2003 als eerste projectprioriteit voor het evalueren en invoeren van een behandelprogramma voor adolescenten met cannabisproblemen.

Dit ging niet zonder slag of stoot. Duitsland vond het in de voorbesprekingen politiek incorrect om van cannabisverslaving te spreken, want dat bestond immers niet. Verschillende landen zeiden vrijwel nooit adolescenten met cannabisproblemen in de hulpverlening te zien, maar hadden dan ook geen speciale behandelvoorzieningen voor jongeren. Elk land voelde dat cannabis niet het enige probleem was van die getroebleerde jongeren en dat het behandelprogramma daarom meer moest omvatten dan alleen aandacht voor cannabis.

Een behandelprogramma voor jongeren invoeren, maar welk dan? De wetenschappelijke literatuur werd grondig doorgelezen (Rigter e.a., 2004). Multidimensionele familietherapie (MDFT; Liddle, 2010), ontwikkeld door Howard Liddle en collega's (thans werkzaam aan de University of Miami) kwam als beste tevoorschijn, met de gunstigste uitkomsten in goed onderzoek, met aandacht voor probleemgedrag van diverse aard. De stuurgroep onderschreef de keuze voor MDFT en zo stond ik in de herfst van 2003 in Miami op de stoep van een verbaasde Howard Liddle.

De stuurgroep organiseerde vervolgens een bijeenkomst in Europa (Zürich, 2004), waar Liddle MDFT presenteerde voor een jury van onafhankelijke Europese hoogleraren. Het licht ging op groen. Stuurgroepleden nomineerden behandelcentra in hun landen als mogelijke kandidaat voor deelname aan INCANT. In de vroege zomer van 2004 trokken Howard Liddle en Cindy Rowe uit Miami en ik langs de genomineerde centra om partners voor INCANT te selecteren. De keus viel op:

- Centre Hospitalier Universitaire Brugmann te Brussel (poliklinische cannabisbehandelingsdienst);
- Centre Emergence te Parijs (ambulante verslavingsbehandeling bij jongeren);

- Therapieladen te Berlijn (ambulante verslavingszorginstelling);
- De Jutters (forensische jeugdzorg, ggz) in samenwerking met Parnassia-Brijder (ambulante verslavingszorg) te Den Haag;
- Drop In en CONTACT te Basel en Bern (instellingen).

Al deze centra hadden banden met universitaire of niet-universitaire onderzoeksinstituten.

De ministeries en MILDT besloten in 2005 een pilotonderzoek te laten uitvoeren, gericht op twee vragen: a kunnen therapeuten uit de geselecteerde instellingen getraind worden tot MDFT-therapeut of -supervisor, en b hebben die instellingen voldoende toegang tot jongeren met cannabisproblemen om proefpersonen voor een onderzoek te kunnen werven? Het antwoord op beide vragen was bevestigend (Rigter, 2005). De Europese therapeuten hadden ervaring met het behandelen van jongeren, maar ze waren van verschillende komaf: sociaal werkenden, doorgegroeid naar de rol van therapeut (Duitsland, Nederland), psychologen (alle landen), een kinderpsychiater (Frankrijk) en een psychiatrisch verpleegkundige (België).

Over de gewenste discipline van de therapeut waren eerder verhitte discussies gevoerd door de deelnemende landen. Sociaal werk is een hoogstaande opleiding in Duitsland, Nederland en Zwitserland, maar bungelt onderaan in de pikorde in Frankrijk, waar psychiaters het gezag vormen. De Amerikanen (Miami) werken ook met sociaal werkenden als therapeut. Hoe dan ook, deze bonte keur aan Europese hulpverleners bleek in de pilot trainbaar in MDFT; zij scoorden op adherentie (behandelingsgetrouwheid) zelfs hoger dan Amerikaanse therapeuten in eerder Amerikaans onderzoek (Rigter, 2005). De opleidingsachtergrond deed er niet toe. De twee Zwitserse centra presteerden in de pilot vrij slecht; zij werden daarna vervangen door Phénix te Genève (instituut voor ambulante verslavingszorg).

De gekozen centra (sites) zagen genoeg jongeren met cannabisproblemen. Deze werden langs verschillende wegen naar de hulpverlening verwezen. In Parijs kreeg het behandelcentrum veel klandizie met Kerstmis, van jongeren met slechte schoolrapporten. In Frankrijk mag je niet blijven zitten; een slecht rapport aan het eind van het schooljaar betekent: wegwezen. In Genève en bij De Jutters te Den Haag kwamen veel jongeren binnen met enige drang uitgeoefend door een jeugdreclasseringwerker of iemand anders die een band had met justitie. In Berlijn was bij veel deelnemende adolescenten eveneens sprake van enige drang: zij hadden in de jeugdzorg een ruime regeling voor be-

schermwonen met zakgeld, die zij konden behouden door zich voor hun probleemgedrag te laten behandelen. In België werd deels geworven via oproepen in de media.

De stuurgroep was content met de bevindingen in de pilot en adviseerde de ministeries en MILDT om subsidie te geven, zodat MDFT ook in een daadwerkelijk onderzoek kon worden getest. Dat onderzoek was een gerandomiseerde trial (zie hierna), onder de naam International Cannabis Need of Treatment (INCANT). In 2006 was het budget rond, het uitgebreide onderzoeksprotocol goedgekeurd door zes ethische toetsingscommissies, waren de onderzoeksassistenten op elke site getraind en was bij Erasmus MC te Rotterdam een database opgezet.

MDFT

MDFT is bedoeld voor jongeren met probleemgedrag als spijbelen, weglopen, overmatig gebruik van alcohol of drugs en delinquentie (Liddle, 2010). Het is een systeemtherapie. Uitgangspunt van de behandeling is de gedachte dat de problematiek van een jongere multidimensioneel bepaald is, beïnvloed door factoren uit meer dan één levensdomein. Daarom richt de therapie zich op vier kerngebieden - sociale verbanden (systemen) - in het leven van een jongere: de jongere, de ouders (een of twee ouders of ouderfiguren), het gezin en externe systemen (zoals school, werk en vrije tijd of de instelling waar sommige jongeren verblijven). Doel is om op al die gebieden verbetering te bereiken: vermindering van antisociaal gedrag, vermindering van alcohol- en drugsgebruik en het voorkómen van recidive (criminaliteit). Ondersteunende doelen daarbij zijn beter functioneren van de jongere op school of werk en binnen het gezin, positieve relaties met leeftijdgenoten en vrijetijdsbesteding passend bij de leeftijd.

MDFT omvat interventies als:

- verhogen van behandelmotivatie;
- jongere leren mijden van en omgaan met situaties die probleemgedrag uitlokken;
- terugvalpreventie;
- verbeteren van de communicatie en de relaties in en buiten het gezin;
- beheersen van conflicten tussen ouders en kind en tussen ouders onderling;
- verbeteren van ouderschaps- en opvoedvaardigheden;
- bemiddelen bij instanties ten gunste van de jongere (casework, bemoeizorg).

Dit alles is erop gericht de adolescent toekomstperspectieven te bieden. Het gezin is daarbij steun voor de jongere, om te leren wat nodig is voor gedragsaanpassing.

MDFT is geprotocolleerd, maar flexibel. Van de behandelaar wordt het nemen van eigen verantwoordelijkheid verwacht. Per week vinden er gemiddeld twee sessies plaats, met de jongere of de ouders alleen, met de gezinsleden samen, soms ook met derden (zoals vrienden of leraars). De sessies worden gehouden op kantoor of thuis bij het gezin. Zo nodig voert de therapeut overleg op school, bij de rechtbank of met andere instanties. Hij houdt regelmatig contact met jongere en ouders via telefoon, e-mail en sociale media. MDFT-therapeuten werken in teams van drie tot zes therapeuten. Aan het hoofd staat een MDFT-supervisor.

INCANT

INCANT liep van eind 2006 tot begin 2010. Het was een gerandomiseerd experiment, beter bekend als ‘randomised controlled trial’ (RCT), een krachtige onderzoeksvorm (Rigter e.a., 2010). In een RCT vergelijkt men de experimentele behandeling - in ons geval MDFT - met een controleconditie, bij voorkeur een vergelijkingsbehandeling (een andere werkzame behandeling). Randomiseren betekent dat de proefpersonen - de jongeren en hun gezinnen - bij toeval worden toegewezen aan ofwel de experimentele groep (MDFT), ofwel de controlegroep (vergelijkingsbehandeling). Zo voorkom je dat onderzoekers bewust of onbewust proefpersonen kunnen selecteren om vooropgezette ideeën te bewijzen. De jeugdzorg in West-Europa kent overigens nog weinig RCT's.

De controleconditie in een RCT kan zijn: niets doen of slechts een zwakke poging tot behandeling bieden. Dan komt de nieuwe behandeling al gauw als superieur uit de bus, maar eerlijk is het niet. De onderzoeker staat bij het trekken van conclusies veel sterker als ook de vergelijkingsbehandeling tot op zekere hoogte effectief is. Dan gaat de vergelijking tussen goed (vergelijkingsbehandeling) en mogelijk beter (de experimentele behandeling).

VERGELIJKINGSBEHANDELING

Mijn Franse collega Olivier Phan en ik gingen bij de sites in de vijf landen langs, om te zien of hun gangbare behandelpakket aanknopingspunten bood voor het vaststellen van een gezamenlijke vergelijkingsbehandeling in INCANT. Dat bleek het geval. De grootste gemene deler, en gekozen tot vergelijkingsbehandeling, was individuele psychotherapie (IP): behandelssessies met alleen de jongere (effectief bij

verslavingsgedrag; Baldwin e.a., 2012; Bender e.a., 2011). De handelwijze in IP kwam tussen sites overeen, de theoretische oriëntatie echter niet. In Den Haag betrof het cognitieve-gedragstherapie (Hendriks e.a., 2011), in Parijs en Genève keek Freud nog mee en in Berlijn en Brussel ging het om een mix van benaderingen. Terzijde: de theoretische invalshoek maakte in INCANT niets uit; IP leverde steeds vergelijkbare uitkomsten op (Rigter e.a., 2011b).

OPZET VAN HET ONDERZOEK

In aanmerking voor opname in de trial kwamen bereidwillige jongeren van dertien tot en met achttien jaar oud, met een stoornis in cannabisgebruik, -misbruik of -afhankelijkheid en met een of twee ouders die aan de metingen wilden meedoen en (bij MDFT) ook aan de behandeling. Slechts weinig jongeren/gezinnen werden van deelname uitgesloten (Phan e.a., 2011), ook niet bij psychische comorbiditeit. Wij wilden dat de trial de behandelpraktijk van alledag zou weerspiegelen.

Als de adolescent bij de beginmeting (baseline) aan de studievoorwaarden voldeed, meldde de onderzoeksassistent de casus bij de INCANT-database in Rotterdam, die automatisch - dus zonder mogelijkheid van beïnvloeding - de behandeling aanwees: MDFT of IP gedurende zes maanden. Onderzoeksmetingen (vragenlijsten, interviews) vonden plaats drie, zes, negen en twaalf maanden na randomisatie (Rigter e.a., 2010; Hendriks e.a., 2011).

Het aantal jongeren/gezinnen dat deelnam was 450: 60 in Brussel en 60 in Genève (minder dan elders, om budgettaire redenen), 120 in Berlijn, 101 in Parijs en 109 in Den Haag. Proefpersonen werven is één ding, ze in het onderzoek vasthouden - dus ook aan de vervolgmetingen laten meedoen - is een ander verhaal. In een trial als INCANT, die als het ware 'in de open lucht' werd uitgevoerd en niet bij jongeren vastzittend in instellingen waaruit niet te ontsnappen valt, verdwijnt vaak 40 procent of meer van de deelnemers uit de studie (drop-out). In INCANT was dit na twaalf maanden slechts 10 procent in beide onderzoeksgroepen (Rigter e.a., 2013). Die lage uitval vergroot de geloofwaardigheid van de uitkomsten.

Wie waren de adolescenten die aan INCANT meededen (Phan e.a., 2011)? Over alle sites heen bezien was 85 procent een jongen; de gemiddelde leeftijd was zestien jaar. De meerderheid woonde nog thuis (87%) en was schoolgaand (75%), wat spijbelen niet uitsloot. Vier op de tien waren allochtoon, van Europese (alle sites), Turkse (Berlijn), Marokkaanse of Antilliaanse (Den Haag) of diverse Afrikaanse herkomst (Brussel, Parijs; Rigter e.a., 2011b). Alle adolescenten hadden

een stoornis in cannabisgebruik. Een op de vier dronk te veel. Een op de drie was gearresteerd in de voorafgaande drie maanden. Veel INCANT-jongeren vertoonden met andere woorden meervoudig probleemgedrag (Phan e.a., 2011).

Wij maakten onderscheid tussen drie soorten uitkomsten: *a* het vermogen van MDFT en IP om jongeren/gezinnen in de behandeling te interesseren en daarin vast te houden, *b* de invloed op cannabis (stoornissen, problemen) en *c* de invloed op symptomen van psychische stoornissen anders dan verslaving (comorbiditeit).

Wat het eerste punt betreft: MDFT hield adolescenten/gezinnen in behandeling, ongeacht autochtone of allochtone herkomst. Op de vraag of de behandeling van een casus naar behoren was afgerond, antwoordde 83 procent (Frankrijk, Zwitserland) tot 97 procent van de MDFT-therapeuten (België, Nederland) bevestigend. IP-therapeuten rapporteerden flink lagere succespercentages (bijvoorbeeld 24% in Den Haag). Ook op een andere maat - minstens drie maanden in behandeling vasthouden - was MDFT superieur aan IP, net als in eerder Amerikaans onderzoek (Rowe e.a., 2013).

De overheersende cannabisdiagnose bij baseline was afhankelijkheid, namelijk 82 procent voor beide groepen. De frequentie van die diagnose daalde in de volgende twaalf maanden naar 38 procent bij MDFT en 52 procent bij IP. MDFT deed het dus beter. Het verschil tussen twee behandelgroepen kan uitgedrukt worden in *d*, een maat voor effectgrootte. De gevonden *d* (0,65) duidt op een behoorlijk verschil in extra behandel-effect van MDFT ten opzichte van IP (Rigter e.a., 2013). Het verschil ten gunste van MDFT was nog groter als gekeken werd naar de afzonderlijke symptomen die samen de diagnose cannabisafhankelijkheid bepalen. Op weer een andere maat - het aantal dagen cannabisgebruik gedurende drie maanden - beperkten MDFT en IP het aantal dagen even sterk. Echter, als de behandelgroepen werden onderverdeeld in adolescenten met niet al te zwaar gebruik van cannabis bij baseline (een paar dagen per week) en zwaar gebruik (nagenoeg elke dag), kwam MDFT als beste behandeling naar voren bij de zwaardere gevallen (Hendriks e.a., 2011; Rigter e.a., 2013).

MDFT heeft niet alleen een positief effect op verslavingsgedrag, maar ook op delinquentie (zie www.nrepp.samhsa.gov/viewintervention.aspx?id=16). Voor INCANT zijn we nog doende cijfers over recidive - het terugvallen tot criminele activiteiten binnen twee jaar - te analyseren. Wel weten wij al dat MDFT IP overtrof in vermindering van het aantal 'externaliserende' symptomen: psychische symptomen, zoals agressief en crimineel gedrag (Schaub e.a., 2013).

De therapeuten in INCANT voerden MDFT goed uit, afgemeten aan de duur van de behandeling, het aantal en de diversiteit van de sessies, de behandelingsgetrouwheid, de competentie van behandeling en de scores bij schriftelijke examens (Rowe e.a., 2013). Dit soort kwaliteitsbewaking is een wezenskenmerk van MDFT.

Invoering van MDFT in Nederland

In 2008 richtte ik MDFT Academie op, voor de implementatie van MDFT in Nederland en andere Europese landen. INCANT liet zien dat MDFT ook in Nederland effectief is. Dat is vers één, maar een behandelprogramma moet ook aan andere voorwaarden voldoen om goed ingevoerd te kunnen worden. Ik noem hieronder enkele zaken.

Goede implementatie vereist het doorlopen van een cyclus van stappen (Grol & Wensing, 2011). Zoals: eerst de literatuur goed bestuderen, dan de selectie van een programma en een pilotonderzoek, dan de echte evaluatie, en vervolgens het zoeken van strategische partners bij het ‘uitrollen’ van het programma. Dit alles heeft MDFT Academie gedaan, maar bij elk programma duiken eigen hindernissen op; dus moet men bij implementatie flexibel en slagvaardig zijn.

ACCREDITATIE

Een behandelprogramma heeft in Nederland steeds meer het groene licht nodig van een onafhankelijke instantie. Bijvoorbeeld de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie. Deze commissie hanteert tien beoordelingscriteria: het programma moet effectief zijn, gegrond op een sterke theorie en met een duidelijke doelgroep. Risicofactoren en beschermende factoren moeten worden uitgespeld en aan concrete interventies worden gekoppeld. Het programma moet fasen kennen, met het versterken van behandelmotivatie van cliënten aan het begin en het bieden van vervolgzorg aan het eind. Bewaking van de kwaliteit van de behandeling is vereist.

De Commissie verleende MDFT in 2011 erkenning, op basis van een vuistdik dossier; het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) volgde dit voorbeeld.

VERGOEDING

Een erkende behandeling maakt kans op vergoeding door overheden en verzekeraars. Alle instanties die in Nederland aan de geldkraan draaien (zoals verzekeraars, de ministeries van VWS en Justitie, AWBZ, provincies en gemeenten) betalen inmiddels voor uitvoering

van MDFT. MDFT Academie leert managers van zorginstellingen desgevraagd hoe zij hun rekeningen kunnen indienen. Instellingen die aan MDFT meedoen, krijgen een geautomatiseerde 'DBC-module'.

INFORMATIEVOORZIENING

MDFT was praktisch onbekend in Nederland in 2008; dat is nu wel anders. Wij hebben een brochure uitgegeven, een film gemaakt (zie www.youtube.com/watch?v=tu-r27w6magg) en een website opgezet (zie www.mdft.nl). De staf van MDFT Academie geeft lezingen en workshops, ook bij zorginstellingen aan huis, en wij publiceren nieuwsbrieven. MDFT is ingeburgerd geraakt in Nederland.

THERAPEUTEN

Voor therapeuten betekent MDFT een breuk met de praktijk: van één sessie eens per twee of drie weken naar een paar sessies per week; van ontvangst van de cliënten op kantoor naar tevens huisbezoek bij het gezin; van aandacht voor slechts één type probleemgedrag (zoals verslaving) naar aandacht voor meervoudig probleemgedrag; van een rol in een groter, onbestemd geheel van hulpverleners naar de positie van spin in het web; van werken in louter kantoortijden naar iets ruimere beschikbaarheid.

Ik dacht dat weerstand onder therapeuten het grootste struikelblok voor de implementatie van MDFT zou worden. Integendeel: zodra MDFT Academie een opleiding in MDFT aanbood, stonden de therapeuten in de rij. De tijd is kennelijk rijp voor een verandering in behandelaanpak.

MANAGERS

De therapeuten willen veranderen, maar zijn afhankelijk van de medewerking van de managers in hun instellingen. Wij helpen die managers, door middel van werkbezoeken en jaarlijkse bijeenkomsten van alle managers. Op de agenda staan dan zaken als declareren, het vinden van cases (verwijzers aanspreken) en inschrijven op nieuwe modules en benaderingen in MDFT.

VEREISTEN MDFT-TEAM

Er is consensus tussen Miami en Europese landen over de vereisten voor MDFT-teams. Een team bestaat uit een supervisor en twee tot vijf therapeuten. Het komt eens per week of twee weken bijeen om cases te bespreken met behulp van intervisie, documentatie en opnamen van behandelsessies. De supervisor doet ook live-supervisie: meekijken naar een sessie door een spiegelruit.

De supervisors en therapeuten moeten gecertificeerd zijn in MDFT (zie hierna). Wij verwachten van kandidaten voor de opleiding dat ze minstens enkele jaren ervaring hebben met het geven van psychosociale hulp aan jongeren en met werken met gezinnen. Het zijn overwegend sociaal werkenden, psychologen, pedagogen en psychiaters. Een MDFT-therapeut is pragmatisch en doortastend, moraliseert niet, is vaardig in communicatie, bereid om ook na kantooruren in actie te komen (wat overigens niet vaak nodig is) en staat open voor kritiek in de ambitie om steeds meer te leren. Dit geldt ook voor de supervisor, die daarnaast leiderschap moet tonen.

OPLEIDING

Liddle, de ontwikkelaar van MDFT, heeft MDFT Academie gratis het recht gegeven teams in Europa op te leiden, op voorwaarde dat de opleiding vergelijkbaar is met die in de VS. Van belang hierbij zijn de opleidingsmaterialen en de opleidingsstappen. Kerndocument is de behandelgids (Liddle, 2002) die is vertaald, bewerkt en geactualiseerd in het Nederlands, Duits en Frans. Tot de opleidingsmaterialen behoren opnamen van behandelsessies. De meeste Amerikaanse films zijn vervangen door Nederlandse, Duitse, enzovoort.

De cursisten worden begeleid op de eigen werkvloer. In het eerste jaar worden acht plenaire opleidingsdagen georganiseerd en zijn er afzonderlijke trainingsdagen voor supervisors. Veel andere opleidingsinterventies richten zich echter op de praktijk van alledag. Cursisten moeten opnamen van behandelsessies insturen, die door trainers en staf van MDFT Academie systematisch worden beoordeeld en becommentarieerd op competentie en op getrouwheid van uitvoering van MDFT. Ook opnamen van supervisiesessies worden aldus bekeken. De trainer gaat geregeld bij het team op werkbezoek. Een paar keer per maand hebben trainer en team een uitvoerige telefonische consultatie. De cursisten leggen een schriftelijk examen af. Zij krijgen in het tweede jaar een boostertraining van Gayle Dakof (Miami).

CERTIFICATEN EN LICENTIE

MDFT Academie deelt in Europa certificaten uit en kent licenties toe. Dit gebeurt zonder winst oogmerk. De opleiding in MDFT duurt twee jaar. Aan het eind van het eerste jaar krijgen de betrokken therapeuten en supervisors het certificaat A. Aan het eind van het tweede jaar volgt het onbeperkt geldige certificaat B.

Teams met minstens drie leden met certificaat B krijgen van MDFT Academie de licentie om MDFT uit te voeren. Eens per drie jaar moet de licentie worden hernieuwd.

TRAINERS

MDFT-trainers beginnen hun carrière als therapeut en supervisor. Alle Europese trainers zijn getraind door Gayle Dakof (Miami); deze taak gaat nu over naar MDFT Academie. Er zijn op dit moment acht Nederlandse trainers, één Vlaamse, één Waalse, drie Duitse, één Franse en één Zwitserse.

MDFT-TEAMS IN EUROPA

Tussen 2008 en begin 2013 zijn er veertig Nederlandse teams getraind in MDFT of zij volgen de opleiding nog. Ze zijn verspreid over het hele land, met uitzondering van Flevoland en Zeeland. Tel bij dit aantal twee teams in België, vijf in Duitsland, vier in Finland (met meer in aantocht), vijf in Frankrijk, één in Zweden en één in Zwitserland, dan staat de teller op bijna 60, meer dan de ongeveer 45 stuks in Noord-Amerika.

De Europese teams komen uit de verslavingszorg, maar ook uit de ggz, jeugdzorg en forensische zorg. MDFT wordt terecht niet meer gezien als louter een verslavingsbehandeling.

INNOVATIE

Een inflexibel behandelprogramma dat berust op een protocoldictaat zal van therapeuten uiteindelijk weinig waardering krijgen. Het programma moet ruimte bieden aan innovatie. In de opleiding in Nederland krijgen wij vaak opmerkingen als: MDFT is mooi, maar ik werk bijvoorbeeld in dagbehandeling, een residentiële omgeving, enzovoort, of met een bijzondere doelgroep (zoals jongeren met een licht verstandelijke beperking of leerlingen met beginnend of uitgekristalliseerd probleemgedrag). Kan MDFT daaraan worden aangepast? Als MDFT Academie daartoe de capaciteit heeft, ontwikkelen en evalueren wij samen met instellingen de gevraagde modules.

MDFT Academie heeft dergelijke aanvullende modules gemaakt voor residentiële toepassing. De eerste betreft het gebruik van MDFT in justitiële jeugdinrichtingen (JJI's; Mos & Rigter, 2012). De behandeling wordt gestart terwijl de jongere is gedetineerd, het gezin wordt van begin af bij de behandeling betrokken tijdens bezoek en weekendverlof, en MDFT wordt ambulant voortgezet na vrijlating. Wij werken dit verder uit in het kader van de Academische Werkplaats Forensische Zorg voor Jeugd (AWFZJ). De tweede module heeft betrekking op MDFT in instellingen voor JeugdzorgPlus. MDFT wordt daar toegepast net als in een JJI (residentieel beginnen, ambulant voortzetten), maar ook om residentieel verblijf te bekorten of op het nippertje te voorkomen. Voorbeeld: van de 27 jongeren die JJC (een instelling voor Jeugd-

zorgPlus te Den Haag) in 2012 kreeg aangemeld voor uithuisplaatsing (reden voor opname), besloot 81 procent met hun ouders alsnog ambulante MDFT te volgen. Geen van hen hoefde later te worden opgenomen (publicatie in voorbereiding).

Een module voor LVB-jongeren is in ontwikkeling, in samenwerking met zorgorganisatie Reinaerde.

Breder Europees perspectief

De implementatie van MDFT in Nederland is tot nog toe geslaagd, mede dankzij charitatieve steun en kennis van de lokale omstandigheden. Het is veel moeilijker om vanuit Nederland ontwikkelingen aan te jagen in andere landen. Het speelveld is steeds anders, met wisselende spelers in wisselende rollen, zoals beroepsverenigingen (dominant in Duitsland) en lagere en hogere overheden die in elkaars vaarwater zitten (België, Duitsland, Zwitserland). Niettemin, deze Europese landen zijn geleidelijk aan doende met de invoering van MDFT.

In 2010 werd MDFT Europe opgericht. Dit is een platform voor landen om samen te werken in het formuleren van opleidingsvereisten voor MDFT en het ontwerpen en evalueren van modules. De leden vertegenwoordigen op dit moment België, Duitsland, Finland, Frankrijk, Nederland en Zwitserland.

Conclusies

Implementatie is arbeidsintensief en er bestaat geen implementatiemodel dat universeel toepasbaar is. Implementatie moet steeds opnieuw - in elke instelling, sector of land - worden uitgevonden. Dat MDFT voet aan de grond kreeg, was niet alleen te danken aan de inspanningen van MDFT Academie. Kennelijk is de tijd rijp voor behandelingen die gestructureerd zijn, maar van de therapeut toch het nemen van eigen verantwoordelijkheid verlangen; behandelingen die niet louter gegeven worden vanuit een bureaustoel op kantoor; die een echte band veronderstellen tussen gezin en therapeut. Deze noties wijzen niet per se naar MDFT, ook andere behandelprogramma's kunnen aan deze kenmerken voldoen.

Gunstig voor de verspreiding van MDFT is echter het niet-commerciële karakter van dit behandelprogramma. Uiteraard kost het geld om een team te laten opleiden, maar instellingen hoeven bij MDFT niet jaarlijks voor hun licentie te betalen.

Toen wij in 2004 met MDFT in Europa begonnen, zeiden sommige Europese therapeuten: 'Dit is een Amerikaans behandelprogramma, irrelevant voor Europa', en: 'Alles wat ze daar in Miami doen, doen wij hier allang.' Een decennium later kan ik zeggen dat beide opmerkin-

gen dwaas waren. MDFT is goed toepasbaar in Europa, minstens even goed als in de Verenigde Staten (Rowe e.a., 2013) en is populair. De bedoelde ongelovige thomassen zijn nu gretige afnemers van adviezen over MDFT. Het programma is niet specifiek Amerikaans. Wat mij het meest heeft getroffen in de afgelopen tien jaar, is dat het verschil in behandel filosofie en -praktijk tussen enig Europees land en de VS kleiner is dan tussen Europese landen onderling.

MDFT werkt, ondanks alle verschillen in verwijzingspatroon, behandelvisie, overheidsbeleid en aard van de instelling.

Summary

Implementing multidimensional family therapy in Western Europe

Henk Rigter

Implementation is hard work. There is no way to develop an implementation model for a treatment program that could be uniformly used all over the world. Implementation has to be re-designed in each individual country. If you think doing a randomized controlled trial takes all your energy, try international implementation. International collaboration can speed up implementation. This paper is about the implementation of MDFT in Europe, and especially the Netherlands. It is a success story, but tainted with blood, sweat and tears. MDFT is a treatment program for adolescents with substance abuse and other problem behaviour. It works well in Europe, despite all differences in treatment culture and referral policies. MDFT is here to stay.

Literatuur

- Baldwin, S.A., Christian, S., Berkeljon, A. & Shadish, W.R. (2012). The effects of family therapies for adolescent delinquency and substance abuse: a meta-analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 281-304.
- Bender, K., Tripoli, S.J., Sartechi, C. & Vaughn, M.G. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce adolescent cannabis use. *Research on Social Work Practice*, 21, 153-164.
- Grol, R. & Wensing, M. (2011). *Implementatie. Effectieve verbetering van de patiëntenzorg* (4e dr.). Amsterdam: Reed Business.
- Hendriks, V., Schee, E. van der & Blanken, P (2011). Treatment of adolescents with cannabis use disorder: main findings of a randomized controlled trial compar-

- ing multidimensional family therapy and cognitive behavioural therapy in the Netherlands. *Drug and Alcohol Dependence*, 119, 64-71.
- Liddle, H.A. (2002). *Multidimensional Family Therapy for adolescent cannabis users* (Cannabis Youth Treatment Series, Vol. 5). Rockville: US Department of Health and Human Services/SAMSHA.
- Liddle, H.A. (2010). Multidimensional Family Therapy: a science-based treatment system. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 31, 133-148.
- Mos, K. & Rigter, H. (2012). Gezinsgericht werken in justitiële jeugdinrichtingen. Inzichten uit Multidimensionele Familitherapie. *Kind en Adolescent Praktijk*, 11, 118-24.
- Phan, O., Henderson, C.E., Angelidis, T., Weil, P., Toorn, M. van, Rigter, R., Soria, C. & Rigter, H. (2011). European youth care sites serve different populations of adolescents with cannabis use disorder. Baseline and referral data from the INCANT trial. *BMC Psychiatry*, 11, 110.
- Rigter, H. (2005). *Report on the INCANT pilot study. The feasibility of Multidimensional Family Therapy in European context as a treatment for troubled adolescents misusing cannabis and possibly other substances*. Rotterdam: Erasmus MC, Department of Public Health.
- Rigter, H., Erftemeyer, L. & Mos, K. (2011a). *Wegwijzer voor toepassing van MDFT in JeugdzorgPlus en residentiële jeugdzorg*. Leiden: MDFT Academie.
- Rigter, H., Gageldonk, A. van, Ketelaars, T. & Laar, M. van (2004). *Hulp bij probleemgebruik van drugs*. Utrecht: Trimbos-instituut/NDM.
- Rigter, H., Henderson, C.E., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Hendriks, V., Schaub, M. & Rowe, C.L. (2013). Multidimensional Family Therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: a randomised controlled trial in Western European outpatient settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 13, 85-93.
- Rigter, H., Pelc, I., Phan, O., Tossmann, P., Hendriks, V., Rowe, C. & Schaub, M. (2011b). *Report on the INCANT Study. Multidimensional Family Therapy in Europe as a treatment for adolescents with cannabis use disorder and other problem behaviours*. Rotterdam: Erasmus MC, Department of Public Health.
- Rigter, H., Pelc, I., Tossmann, P., Phan, O., Grichting, E., Hendriks, V. & Rowe, C. (2010). INCANT: a transnational randomized trial of multidimensional family therapy versus treatment as usual for adolescents with cannabis use disorder. *BMC Psychiatry*, 10, 28.
- Rowe, C., Rigter, H., Henderson, C., Gantner, A., Mos, K., Nielsen, P. & Phan, O. (2013). Implementation fidelity of Multidimensional Family Therapy in an international trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44, 391-399.
- Spruit, I.P. (red.) (2002). *Cannabis 2002 report*. Brussel: Ministry of Public Health of Belgium.